



## СОДЕРЖАНИЕ

Введение .....	5
<b>РАЗДЕЛ 1. РАССПРОС И УСТАНОВЛЕНИЕ КОНТАКТА</b> .....	7
1.1. Стартовые и конечные коммуникации .....	7
1.2. Анамнез .....	8
1.3. Общий осмотр .....	12
<b>РАЗДЕЛ 2. АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕРЕНИЯ</b> .....	14
2.1. Измерения длины тела и массы детей раннего возраста .....	14
2.2. Измерения роста, массы тела детей старшего возраста, окружностей головы и груди .....	15
<b>РАЗДЕЛ 3. ИССЛЕДОВАНИЕ КОЖНОГО ПОКРОВА, СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК, ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ</b> .....	18
3.1. Осмотр и пальпация кожного покрова .....	18
3.2. Осмотр слизистых оболочек глаз и ротоглотки .....	21
3.3. Осмотр и пальпация подкожно-жирового слоя .....	25
<b>РАЗДЕЛ 4. ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ</b> .....	28
<b>РАЗДЕЛ 5. ИССЛЕДОВАНИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА</b> .....	33
5.1. Осмотр, пальпация и перкуссия костной системы .....	33
5.2. Осмотр и пальпация мышечной системы .....	43
5.3. Оценка статуса суставов .....	47
<b>РАЗДЕЛ 6. ИССЛЕДОВАНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ</b> .....	59
6.1. Осмотр, пальпация, сравнительная перкуссия и аускультация .....	59
6.2. Топографическая перкуссия .....	67
<b>РАЗДЕЛ 7. ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ</b> .....	72
7.1. Осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация органов кровообращения .....	72
7.2. Пальпация пульса .....	78
7.3. Измерение артериального давления .....	83

<b>РАЗДЕЛ 8. ИССЛЕДОВАНИЕ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ.</b> . . . . .	84
8.1. Осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация желудочно-кишечного тракта . . . . .	84
8.2. Пальпация и перкуссия печени . . . . .	92
8.3. Симптомы поражения желчевыводящих путей . . . . .	98
8.4. Пальпация и перкуссия селезенки . . . . .	100
<b>РАЗДЕЛ 9. ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ.</b> . . . . .	103
<b>РАЗДЕЛ 10. БЕЗУСЛОВНЫЕ РЕФЛЕКСЫ НОВОРОЖДЕННОГО.</b> . . . . .	110
<b>РАЗДЕЛ 11. ИССЛЕДОВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.</b> . . . . .	114
<b>РАЗДЕЛ 12. НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ.</b> . . . . .	118
12.1. Менингеальный синдром. . . . .	118
12.2. Геморрагический синдром. . . . .	122
12.3. Отечный синдром . . . . .	124
12.4. Синдром скрытой спазмофилии. . . . .	128
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ</b>	
Примерные заключения по системам . . . . .	131
Стигмы дисэмбриогенеза . . . . .	139
Литература. . . . .	143

# Раздел 1

## РАСПРОС И УСТАНОВЛЕНИЕ КОНТАКТА

### 1.1. Стартовые и конечные коммуникации

При проведении непосредственного обследования ребенка наиболее важным является установление контакта как с ребенком, так и с законным представителем ребенка.

№	Действие	Отметка о выполнении
1	Установление контакта с пациентом/его представителем (рис. 1.1):	
	• поздороваться	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	• представиться	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	• обозначить свою роль	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2	Взять медицинскую документацию	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3	Идентифицировать пациента, сверяя с медицинской документацией; попросить пациента (и/или его представителя) назвать:	
	• фамилию	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	• имя	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	• отчество	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	• возраст, дату рождения	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	• фамилию, имя, отчество родителей	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	• профессию, должность и место работы родителей, их возраст	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4	Сообщить о необходимости провести обследование	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5	Разъяснить ход предстоящих действий	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6	Получить согласие пациента (и/или его представителя) на проведение обследования	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
7	Обработать руки гигиеническим способом перед началом обследования	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

№	Действие	Отметка о выполнении
8	Попросить пациента занять положение, необходимое для конкретного этапа физикального обследования:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• для ребенка раннего возраста — на кровати или попросить представителя ребенка расположить его на пеленальном столике/на кровати</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• для ребенка старшего возраста — сидя на стуле (кровати) или стоя перед исследующим</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
9	Полностью раздеть ребенка (ребенка старшего возраста раздевать постепенно по ходу осмотра)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

По окончании обследования требуются следующие обязательные и автоматически выполняемые практические навыки. Особенно важно соблюдение правил асептики и антисептики.

№	Действие	Отметка о выполнении
1	Сделать правильное заключение о результатах обследования	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2	Обработать руки гигиеническим способом после обследования пациента	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3	Занести полученные данные обследования в протокол	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

## 1.2. Анамнез

№	Действие	Отметка о выполнении
1	Коротко разъяснить ребенку/представителю ребенка ход предстоящего расспроса	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2	Получить устное согласие ребенка/представителя ребенка на проведение расспроса	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<b>Жалобы</b>	
3	Выяснить жалобы:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• при первичном обращении к врачу (на момент поступления в стационар)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• на момент проведения настоящего осмотра/курации</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4	Провести детализацию жалоб путем дополнительных вопросов ребенку и/или его представителю	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5	Проговорить и записать в истории болезни заключение по жалобам:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• с перечислением жалоб и детализацией каждой жалобы</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

№	Действие	Отметка о выполнении
<b>Анамнез заболевания (<i>anamnesis morbi</i>)</b>		
6	Попросить ребенка и/или его представителя рассказать о причинах обращения к врачу. При необходимости уточнить следующие вопросы:	
	• когда и при каких обстоятельствах началось заболевание	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	• симптомы, последовательность их появления по этапам (дням) болезни, интенсивность и динамика каждого симптома в отдельные этапы заболевания	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	• при <i>хроническом заболевании</i> указать характер течения, частоту обострений, с чем связано ухудшение или улучшение в течении заболевания	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	• лечение, проводимое за время заболевания, в какие сроки, с каким эффектом (представить лекарственные препараты по действующему веществу с дозами, указать другое лечение)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	• исследования (лабораторные, функциональные и инструментальные), выполненные за время болезни, их результаты, динамика	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	• цель для настоящего обращения к врачу/настоящей госпитализации	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
7	Проговорить/записать в истории болезни заключение по анамнезу заболевания:	
	• с соблюдением основных этапов (начало, динамика заболевания, повод для настоящего обращения к врачу)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	• сделать вывод о возможной патологии конкретной системы или систем	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
8	Проговорить заключение:	
	отсутствие (наличие) хронических заболеваний у пациента, возможная патология конкретной системы	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	с указанием конкретных общепатологических симптомов	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<b>Анамнез жизни (<i>anamnesis vitae</i>)</b>		
9	<b>Аntenатальный период.</b> Задать вопросы:	
	• течение настоящей беременности (физиологическое/наличие патологий беременности)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	• заболевания матери во время беременности (острые или обострение хронических), их течение, терапия	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	• наличие у матери вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	• возможное влияние профессиональных вредностей	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

№	Действие	Отметка о выполнении
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• посещение женщиной школы матерей по психопрофилактической подготовке к родам</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
10	<b>Роды и их характеристика (интранатальный период).</b> Задать вопросы:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• на каком сроке (в неделях)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• физиологические/оперативные пособия в родах (при оперативных родах уточнить показания к операции или пособию)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• характер течения родов (длительный безводный период, стремительные роды)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• наличие осложнений в родах (указать конкретно)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
11	<b>Характеристика новорожденного (неонатальный период).</b> Задать вопросы:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ребенок заплакал сразу (отсроченно)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минуте после рождения</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• антропометрические данные при рождении (длина, масса тела, окружность головы, окружность грудной клетки)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• когда приложен в первый раз к груди, как взял грудь</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• сроки отпадения пуповинного остатка и заживления пупочной ранки</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• состояние ребенка и матери при выписке из родильного дома</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• на какой день выписан из роддома</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
12	<b>Показатели раннего физического развития ребенка.</b> Задать вопросы:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• физиологическая убыль массы тела и срок ее восстановления</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• темпы прибавки массы тела на первом году жизни: когда удвоил массу по сравнению с массой при рождении, масса тела к году</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
13	<b>Показатели психомоторного развития.</b> Задать вопросы:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• сроки/возраст появления навыков у <i>детей раннего возраста</i>:</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ анализатор слуховой (Ас) — различает звуки</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ анализатор зрительный (Аз) — фиксирует взгляд, следит за игрушкой</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ движения общие (До) — держит голову, сидит, ползает, ходит</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ движения руками (Др) — хватает, удерживает игрушки</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ речь активная (Ра) — гулит, говорит отдельные фразы, слова</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ речь понимаемая (Рп) — понимает значение слов, запрет</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ эмоции (Э) — улыбается, имеется комплекс оживления</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

№	Действие	Отметка о выполнении
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ навыки (Н) — удерживает бутылочку, ложку, пьет из чашки</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• у детей старшего возраста:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ поведение в семье, в коллективе</li> </ul> </li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ возраст начала посещения детского образовательного учреждения</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
14	<b>Вскармливание.</b> Задать вопросы:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• тип вскармливания (естественное, смешанное, искусственное)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• прикорм (какие продукты прикорма и сроки их введения)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• когда ребенок переведен на общий стол</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• характеристика питания в данный момент</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• какой аппетит</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
15	<b>Перенесенные заболевания.</b> Задать вопросы:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• заболевания в период новорожденности</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• заболевания на первом году жизни и старше</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• наличие хронических заболеваний, их состояние на настоящий момент (обострение/ремиссия)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• операции, травмы, госпитализации, их сроки и исходы</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
16	<b>Аллергологический анамнез.</b> Задать вопросы:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• наличие различных проявлений аллергии (кожные высыпания, отеки Квинке, риноконъюнктивит, кашель, приступы удушья и др.) на пищевые, пыльцевые, бытовые и другие аллергены</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• результаты аллергологического обследования (при их наличии)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• наличие нежелательных реакций на лекарственные препараты</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
17	<b>Профилактические прививки (вакцинация).</b> Задать вопросы:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• привит ли ребенок в роддоме (БЦЖ, гепатит В)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• сроки профилактических прививок, соблюдался ли календарь; если нет, то по каким причинам</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• реакции или осложнения</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• туберкулиновые пробы (даты) и их результаты</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
18	<b>Семейный анамнез.</b> Задать вопросы:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• возраст, состояние здоровья родителей и ближайших родственников; если умерли, то в каком возрасте и по какой причине</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• число беременностей у матери, чем закончилась каждая, возраст и состояние здоровья детей от каждой беременности</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• заболевания у ближайших родственников, в том числе генетические</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

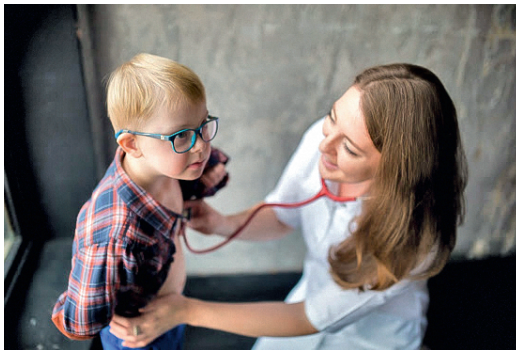


№	Действие	Отметка о выполнении
	• составление генеалогического древа (рис. 1.2) (при необходимости)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
19	<b>Материально-бытовые условия и уход за ребенком (социальный анамнез).</b> Задать вопросы:	
	• профессия и место работы родителей	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	• число членов семьи, сколько из них детей	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	• жилищные условия: квартира, комната; условия проживания ребенка	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	• кто ухаживает за ребенком (мать, бабушка, няня, др.)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	• посещение детского коллектива (ясли, детский сад, школа)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
20	<b>Эпидемиологический анамнез.</b> Задать вопросы:	
	• контакт с инфекционными больными в семье, детских учреждениях (школа, детский сад и т.п.), с соседями по месту проживания (желательно точно определить дату контакта)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	• факт поездки за пределы города (населенный пункт)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
21	Выполнить <b>общее заключение по анамнезу:</b>	
	• уточнить преморбидный фон	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	• указать отрицательные факторы из анамнеза жизни, возможно способствующие развитию настоящего заболевания или отягчающие его	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

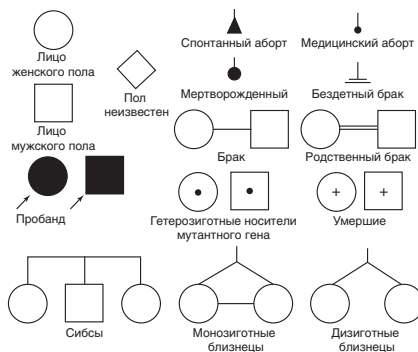
### 1.3. Общий осмотр

№	Действие	Отметка о выполнении
1	Коротко разъяснить ребенку или представителю ребенка ход предстоящего этапа физического обследования	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2	Получить устное согласие ребенка или представителя ребенка	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3	Проводить осмотр при достаточном освещении	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4	Определить <i>сознание</i> :	
	• сохранено (отсутствует)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5	Определить <i>общее состояние</i> :	
	• удовлетворительное (средней степени тяжести, тяжелое)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6	Определить <i>самочувствие</i> :	
	• хорошее (удовлетворительное, неудовлетворительное)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
7	Определить <i>положение</i> :	
	• активное (пассивное, вынужденное)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

№	Действие	Отметка о выполнении
8	Определить <i>стигмы дисэмбриогенеза</i> (см. приложение):	
	• отсутствие (наличие)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
9	Выполнить <b>заключение по общему осмотру</b> с описанием:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	• сознания	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	• общего состояния	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	• самочувствия	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	• положения	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	• отсутствия (наличия, количества) стигм дисэмбриогенеза	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет



**Рис. 1.1.** Установление контакта с пациентом и законным представителем ребенка



**Рис. 1.2.** Символы при составлении генеалогического древа

## Раздел 2

# АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕРЕНИЯ

### 2.1. Измерения длины тела и массы детей раннего возраста

№	Действие	Отметка о выполнении
1	Коротко разъяснить представителю ребенка ход предстоящего этапа физикального обследования	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2	Получить устное согласие представителя ребенка	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3	Измерить <b>длину тела</b> ребенка лежа — рис. 2.1:	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• подготовить горизонтальный ростомер</li></ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"><li>• уложить ребенка на пеленальном столике или кушетке в положении на спине параллельно шкале горизонтального ростомера</li></ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"><li>• голову зафиксировать в положении, при котором темя плотно прикасается к поперечной неподвижной планке ростомера, нижний край глазницы и верхний край козелка уха находятся в одной вертикальной плоскости</li></ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"><li>• выпрямить ноги легким надавливанием руки на колени ребенка</li></ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"><li>• подвести подвижную планку ростомера плотно к пяткам, сгибая их до прямого угла</li></ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"><li>• зафиксировать длину ребенка в сантиметрах (проговорить и/или записать в истории болезни)</li></ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4	Измерить <b>массу тела</b> :	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• подготовить электронные весы для взвешивания детей раннего возраста</li></ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"><li>• откалибровать весы с пеленкой перед измерением</li></ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"><li>• уложить или посадить ребенка на платформу весов (рис. 2.2)</li></ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"><li>• зафиксировать массу ребенка в килограммах или граммах (проговорить и записать в истории болезни)</li></ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5	Измерить <b>окружность головы</b> :	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• сзади наложить сантиметровую ленту по затылочным буграм</li></ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

№	Действие	Отметка о выполнении
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• спереди наложить сантиметровую ленту по надбровным дугам (рис. 2.3)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• зафиксировать окружность головы в сантиметрах (проговорить и/или записать в истории болезни)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6	<b>Измерить окружность грудной клетки:</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• сзади наложить сантиметровую ленту под нижними углами лопаток</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• спереди наложить сантиметровую ленту на уровне сосков (рис. 2.4)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• зафиксировать окружность грудной клетки в сантиметрах (проговорить и/или записать в истории болезни)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

## 2.2. Измерения роста, массы тела детей старшего возраста, окружностей головы и груди

№	Действие	Отметка о выполнении
1	Коротко разъяснить ребенку или представителю ребенка ход предстоящего этапа физического обследования	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2	Получить устное согласие ребенка или представителя ребенка	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3	<b>Измерить рост (рис. 2.3):</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ребенка поставить на площадку вертикального ростомера спиной к вертикальной стойке</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• поставить ребенка в естественном положении так, чтобы он касался вертикальной стойки пятками, ягодицами, межлопаточной областью и затылком; руки опущены вдоль тела, пятки вместе</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• голову зафиксировать в положении, при котором нижний край глазницы и верхний край козелка уха находятся в одной горизонтальной плоскости</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• опустить подвижную планку ростомера, чтобы она касалась темени головы ребенка</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• зафиксировать рост ребенка в сантиметрах (проговорить и записать в истории болезни)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4	<b>Измерить массу тела ребенка:</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• раздеть или попросить раздеться ребенка самому до нижнего белья</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• поставить ребенка на площадку электронных весов (рис. 2.4, б)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет